**SEGURO DE RESPONSABILIDADE CIVIL ESTABELECIMENTOS**

**COMERCIAIS E/OU INDUSTRIAIS, EMPREGADOR E RISCOS CONTINGENTES - VEÍCULOS TERRESTRES MOTORIZADOS**

**QUESTIONÁRIO ANEXO À PROPOSTA DO SEGURO**

1 - Nome do proponente:

1.1 - CNPJ:

2 - Data de início das operações:

3 - Durante os últimos cinco anos foi alterada a sua denominação social, efetuada qualquer incorporação, compra ou fusão com outra firma? Caso positivo, informe detalhes.

**4 - Atividades do proponente (descrever detalhadamente)**

***Importante:*** *estarão amparados pela apólice apenas os riscos declarados, o CNAE pode não representar em sua totalidade as atividades realizadas pelo segurado, assim é importante que todas as atividades estejam corretamente mapeadas.*

a) principal:

b) outras, inclusive as realizadas fora dos locais especificados no item 5 abaixo:

**5 -** **Relacionar endereço de todos estabelecimentos do proponente** (matriz, filiais, escritórios, fábricas, lojas, depósitos etc) e respectivamente a natureza destes locais (indústria, escritório, depósito, porto, etc)

**5.1** **- No caso de estabelecimentos industriais ou de estabelecimentos destinados à armazenagem de substâncias tóxicas, corrosivas, inflamáveis ou explosivas,** deverá ser indicada, através de croqui simplificado, a situação do estabelecimento em relação à vizinhança, com informações sobre o afastamento e a ocupação dos prédios vizinhos (residencial, comercial ou industrial, assinalando, nesses dois últimos casos, o tipo de atividade desenvolvida).

**Anexar Croqui**

**5.2 – Na existência das estruturas abaixo, descrever detalhadamente a operação**

( ) Porto, píer, cais

( ) Oleoduto, gasoduto, mineroduto ou estruturas similares

( ) Instalações ferroviárias

( ) Linhas de Transmissão

( ) Aterro sanitário

( ) Barragem, açude, bacia de sedimentos

( ) Tombador

( ) Silo

( ) Substâncias tóxicas, corrosivas, inflamáveis ou explosivas.

( ) Quaisquer instalações em locais de terceiros

( ) Locais situados em condomínios logísticos

6 - Trânsito ou permanência de terceiros (pessoas ou bens) nos estabelecimentos do proponente. Assinalar a freqüência:

ALTA ( ) MÉDIA ( ) BAIXA ( )

**7 - Faturamento bruto da empresa a preço constante:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Nos últimos doze meses** | **Previsão para o período do seguro** |
| a) Receita operacional  decorrente da atividade | R$ | R$ |
| b) Outras receitas | R$ | R$ |
| **Total** | R$ | R$ |

**8 - Número de empregados**:

**9 - O proponente tem conhecimento de qualquer fato de que possa advir uma reclamação contra a empresa**? Caso afirmativo, forneça detalhes.

**10 - No tocante ao presente risco, o proponente tem conhecimento de alguma reclamação contra si no últimos cinco anos?** Em caso positivo, indicar a data, o valor e a causa de cada reclamação, ainda que não tenha havido seguro no período.

13 - Alguma Seguradora recusou proposta de seguro semelhante feita pelo proponente, estabeleceu condições agravadas para a sua aceitação, ou recusou a renovação de algum seguro seu? Em caso afirmativo, esclareça os motivos alegados pela Seguradora.

14 - No caso de o proponente possuir ou já ter possuído seguro para garantir quaisquer dos riscos propostos, indique a Seguradora.

**15 - Existe alguma previsão para ampliação das atividades do proponente no período de vigência do seguro proposto?**

**16 – Coberturas e Importâncias Seguradas pretendidas**:

**17 - Declaro que as informações acima são verdadeiras e que estou ciente de que, em caso de sinistro, se for verificado que os valores que serviram de base ao cálculo do prêmio foram inferiores aos contabilizados, a indenização será reduzida proporcionalmente à diferença entre o prêmio devido e o pago**.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Local e data Assinatura do segurado ou seu

representante legal

**INFORMAÇÕES ADICIONAIS**

**1 - INSTALAÇÕES E/OU MONTAGENS DE EQUIPAMENTOS EM LOCAIS DE TERCEIROS -**

A) Quantidade média de instalações realizadas por ano:

B) Indicar VR médio das obras/ instalações realizadas e período de execução:

C) Informar previsão do número máximo de Empreiteiros contratados pelo segurado, trabalhando ao mesmo tempo em uma única obra no período do seguro:

D) Indicar a existência de serviços de fundação, trabalhos em altura, serviços de içamento:

E) Descrever detalhadamente o escopo serviços executados:

F) Indicar as 3 maiores obras/ instalações/ serviços de montagem realizadas:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Escopo** | **VR total** | **Período da obra** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**2 - PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS EM LOCAIS DE TERCEIROS**

Informar **quantidade de pessoas** prestando serviços ao segurado **em** **locais de terceiros**, conforme abaixo:

A) Número de funcionários do segurado:

B) Pessoas contratadas:

C) Descrever detalhadamente os serviços executados:

**3 – Existe transporte de funcionários por empresas contratadas pelo segurado? Deseja a cobertura?**

Em caso positivo informar:

a) - **Quantidade e tipo** dos veículos:

b) - Percursos dos mesmos:

4 - ATIVIDADE EXISTÊNCIA QUANTIDADE

(assinale com um X em caso positivo)

Consultório Médico ( ) ( )

Ambulatório ( ) ( )

Consultório Odontológico ( ) ( )

Creches ( ) ( )

Grêmio Recreativo ( ) ( ) Nº de Sócios:

5 - O Proponente deseja cobertura de **Responsabilidade Civil para veículos de terceiros, sob sua guarda?** SIM ( ) NÃO ( )

Em caso positivo informar separadamente o endereço do local de risco e a área destinada exclusivamente ao estacionamento de veículos em m², excluindo o espaço livre para manobras e circulação:

Item Endereço Área em m²

\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Declaro que as informações acima são verdadeiras e que estou ciente de que, em caso de sinistro, se for verificado que os valores que serviram de base ao cálculo do prêmio foram inferiores aos contabilizados, a indenização será reduzida proporcionalmente à diferença entre o prêmio devido e o pago.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Local e data Assinatura do segurado ou seu

representante legal